

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la Influenza H1N1 2009(POV)

ADULT FORM

Panhandle Health District
8500 N. Atlas Road, Hayden, ID 83835

Sección 1: Información Requerida Para Recibir la Vacuna (Favor de escribir en letra de imprenta)

Nombre del Paciente (Apellido)	Primer nombre	Fecha de nacimiento del paciente: Més ___ día ___ año ___	
Nombre del padre/tutor legal (Apellido)	Primer nombre	Edad del paciente	Género M / F
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Numero de telefono diurno del paciente/padre	
POV/Clinic Location:			

Sección 2: Averiguación para Elegibilidad de Vacuna (Niños de 9 años y menores requieren dos dosis de la vacuna.)

Si el paciente ha sido vacunado contra la gripe H1N1 2009, por favor deje saber la cantidad de dosis y fechas de la vacunación.

Q Dosis 1 Fecha recibida: més ___ día ___ año ___ Tipo(favor de marcar): rociador nasal inyección
 Q Dosis 2 Fecha recibida: més ___ día ___ año ___ Tipo(favor de marcar): rociador nasal inyección

Las siguientes preguntas nos ayudaran a saber si el paciente puede obtener la vacuna contra la Influenza H1N1 2009. Favor de marcar SI o NO para cada pregunta. A.Si responde “NO” a las siguientes 4 preguntas el paciente probablemente obtendrá la vacuna contra la Influenza. Si responde “SI” a una o mas de las siguientes 4 preguntas, el paciente no obtendrá la vacuna contra la gripe H1N1 2009 hoy, pero favor de contactor al doctor para hablar sobresas opciones..

	SI	NO
1.Tiene el paciente alergia severa a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Es el paciente alergico a cualquiera de los siguientes:gelatina,Gentamicina,Polimixina,Neomicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Ha tenido el paciente una reacción grave a una dosis previa de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Ha tenido el paciente alguna vez el síndrome de Guillain-Barre (un tipo grave de debilidad muscular de caracter temporal) dentro de 6 semanas despues de haber recibido una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.Hay dos tipos de vacunas en contra de la Influenza H1N1 2009. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudaran a saber cual de los dos tipos de vacuna puede el paciente recibir.

	SI	NO
1.Ha sido vacunado el paciente con cualquier vacuna (no solamente la gripe)en los ultimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha Recibida:mes ___ día ___ año ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Tiene el paciente cualquiera de los siguientes: asma,diabetes(u otro tipo de enfermedad metabolica),o enfermedad de los pulmones, el corazon, los riñones, el higado, los nervios o de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Está el paciente bajo aspirina a largo plazo o en terapia que contenga aspirina(por ejemplo, toma el paciente aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Tiene el paciente un sistema inmune debil (por ejemplo, del VIH, cáncer,o medicamentos como los esteroides o los utilizados para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Está la paciente embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Tiene el paciente contacto cercano con una persona que necesita cuidado en un ambiente protegido(por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

Consentimiento para la vacunación:

He leído o se me ha explicado el estado de información adjunta de la vacuna 2009-2010 (Vaccine Information Statement) contra la gripe H1N1 2009 y comprendo los riesgos y beneficios.

Doy consentimiento a Panhandle Health District y su personal a que yo/el paciente cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario sea vacunado con esta vacuna.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal _____ Fecha: mes ___ día ___ año ___
 Relación con el niño:

Sección 4: Permiso para Revelar Información

Doy permiso para **inscribir** al paciente y para **transferir** los registros de vacuna del paciente a **Idaho Immunization Reminder System (IRIS)** para asegurar que este registro de vacunas esté disponible para el paciente, los proveedores de cuidado de salud del paciente, los proveedores de cuidado y las escuelas. Entiendo que se me puede pedir información que ayudará a asegurar que los registros del paciente son exactos y que no serán confundidos con los de otra persona, tales como: apellido de soltera de la madre, el género , y la elegibilidad del niño/a para recibir vacunas gratis.

Autorizo la inclusión de toda la información a IRIS y la nueva revelación de esta información de IRIS para los usuarios autorizados.
 (El paciente aun puede recibir la vacuna si usted no autoriza la revelación de información a IRIS.)

Fecha :mes ___ día ___ año ___

Firma del Paciente/Tutor Legal(Relación con el niño)

Sección 5: Registro de Vacunación

PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Vacuna	Fecha de dosis administrada	Ruta	Dosis(1ra o 2nda)	Fabricante de la vacuna	Número de lote	Nombre y título del administrador de vacuna
2009 H1N1		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal		Sanofi GSK Novartis MedImmune CSL		
2009 H1N1		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal		Sanofi GSK Novartis MedImmune CSL		

